

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Félix POTRON

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE REIMS

né à Jamoigne (Belgique), le 2 Juin 1881

DE L'INCISION SUIVIE DE SUTURE
dans le Traitement des Abscess froids tuberculeux

Président : M. le Professeur QUENU

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, Éditeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN.....		M. LANDOUZY
PROFESSEURS.....		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		ACHARD
Pathologie médicale	{	WIDAL
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale	{	DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		DELBET
Clinique chirurgicale	{	QUENU
		RECLUS
		SEGOND
		DE LAPERSONNE
Clinique ophtalmologique		ALBARRAN
Clinique des maladies des voies urinaires		BAR
Clinique d'accouchements	{	PINARD
		RIEMONT-DESSAIGNES
		POZZI
		KIRMISSON
Clinique gynécologique		ALBERT ROBIN
Clinique chirurgicale infantile		
Clinique thérapeutique		

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON ONCLE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR QUENU

Chirurgien de l'Hôpital Cochin
Membre de la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

de l'Ecole de Médecine de Reims

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Paris

INTRODUCTION

Le traitement des abcès froids comporte à l'heure actuelle des indications précises.

Il est de règle de reculer le plus possible l'ouverture de ces collections pour éviter leur fistulisation prolongée, leur infection secondaire avec ses redoutables conséquences : phénomènes fébriles, suppuration profuse, hecticité, pouvant amener une terminaison fatale.

Il est aussi de règle d'évacuer ces abcès froids et d'injecter dans leur intérieur une substance médicamenteuse dite modificatrice capable de détruire les formations tuberculeuses actives développées dans la paroi.

Telles sont, en somme, les règles du traitement des abcès froids.

Notons d'autre part que l'ouverture et l'infection secondaire des abcès froids ossifluents semble d'une gravité toute spéciale si on la compare à l'ouverture et à l'infection secondaire des abcès froids d'une autre origine : ganglionnaire par exemple.

Mais pour injecter dans la cavité de l'abcès froid la substance modificatrice, il faut évacuer cet abcès et l'évacuation peut présenter des difficultés.

Ce point nous a frappé au cours de notre séjour dans les hôpitaux.

Nous avons vu des ponctions même avec des trocars de gros calibre ne pas permettre l'évacuation.

Monsieur le Professeur Quenu, dans ces cas, s'est demandé si, en prenant toutes les précautions d'asepsie, l'on ne pourrait pas inciser cet abcès, pratiquer la suture immédiate après évacuation totale du pus et des fongosités.

Il nous a paru intéressant d'étudier cette question en utilisant quelques observations dans lesquelles cette technique a été suivie.

Mais auparavant qu'il nous soit permis de remercier Monsieur le Docteur Mathieu, ancien interne des hôpitaux qui voulut bien nous prodiguer ses conseils au cours de ce travail.

Nous prions Monsieur le professeur Quenu d'agréer l'expression de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en voulant bien présider notre thèse.

Notions d'anatomie pathologique

Nous croyons utile de rappeler la constitution anatomique de l'abcès froid tuberculeux sans laquelle il est impossible de comprendre les effets du traitement par les injections modificatrices.

L'abcès froid se compose d'une paroi et d'un contenu. Qu'il s'agisse d'un abcès froid d'origine osseuse ou non la structure de la paroi et la composition chimique ou histologique du pus sont les mêmes.

Paroi.— La paroi est épaisse, tomenteuse, pourvue de sortes de franges ou de villosités à sa face interne, paraissant par sa face externe pénétrer dans le tissu sain qu'elle envahit progressivement.

Sur la coupe de cette paroi épaisse, dure, blanc grisâtre, d'aspect fibreux, on aperçoit la face interne irrégulière, tantôt simplement grenue, tantôt soulevée par de petites saillies sphéroïdes d'aspect jaunâtre représentant autant de foyers caséeux en voie de ramollissement et sur le point de s'ouvrir dans la cavité même.

Partout où cette communication s'établit, il se forme un cul-de-sac du fond duquel se détachent des produits de régression qui se mélangent au contenu de l'abcès. Lorsque ces culs-de-sac sont de très petites dimensions, la coupe de la paroi ressemble à celle d'une muqueuse avec ses glandes (Lannelongue).

La paroi tout entière est formée de tissu tuberculeux à toutes les phases de son évolution ; à mesure que la collection se développe, le tissu conjonctif refoulé s'inocule et s'organise graduellement. L'abcès continuant à se développer, il arrive un moment où sa paroi contracte une adhérence avec la face profonde de la peau et où celle-ci s'ulcère de dedans en dehors.

Cette description n'est vraie que pour les abcès en voie de développement ; dans les formes anciennes latentes ou guéries, dans les abcès résiduels, la paroi s'est transformée en tissu fibreux.

Pus. — Le contenu des abcès froids tuberculeux est, en général, fluide, louche, d'une faible densité. Il contient des microbes (bacilles de Koch seuls ou associés à d'autres microbes dans les formes infectées secondairement).

La partie liquide de ce pus contient des éléments figurés en beaucoup moins grand nombre que le pus normal ; la proportion de leucocytes y est à peine de $1/20$ au lieu de $1/4$ environ dans le pus phlegmoneux.

Le pus tuberculeux tient en suspension des grumeaux dont la grosseur varie, pouvant aller jusqu'au volume du petit doigt. Ces grumeaux sont formés par des débris de matière tuberculeuse, de la fibrine concrète et des leucocytes.

Ils recèlent eux aussi des bacilles.

Dans les formes anciennes le contenu est huileux mais des grumeaux très développés peuvent encore s'y rencontrer.

L'anatomie pathologique nous enseigne le mode de guérison spontanée : la sclérose de la paroi, étouffant ainsi les lésions tuberculeuses qu'elle contient.

Les chirurgiens ont voulu rechercher cette sclérose par des injections de liquides dits modificateurs.

Mais avant d'injecter, il faut évacuer et c'est là la difficulté dans quelques cas heureusement exceptionnels ; les grumeaux empêchent cette évacuation : c'est le point particulier sur lequel nous allons revenir un peu plus loin.

Historique

Le traitement des abcès froids a subi depuis près d'un siècle des variations nombreuses dues aux conceptions différentes qu'on s'est fait de l'évolution et de la marche de la tuberculose osseuse ou ganglionnaire.

On peut distinguer trois grandes phases.

La première correspond à la période pré-pastorienne pendant laquelle la tuberculose osseuse n'est pas encore nettement individualisée.

Les moyens thérapeutiques usités à cette époque, en l'absence totale d'asepsie et d'antisepsie, étaient presque nuls : certains (Dupuytren, Larrez) préconisaient les larges incisions; d'autres (David) s'abstenaient de toute intervention; d'autres enfin étaient déjà partisans de la méthode des ponctions, mais l'infection secondaire, dont l'origine était alors inconnue, finissait presque toujours par survenir.

La seconde période commence avec les travaux de Lannelongue en France et de Kœnig en Allemagne : la tuberculose osseuse est nettement individualisée.

Lannelongue étudie les processus d'évolution de l'abcès froid. Il montre sa marche progressive vers la peau; il montre l'envahissement et la destruction des tissus excentriques par les éléments tuberculeux à la façon d'un néoplasme.

De cette conception nouvelle découlait logiquement une thérapeutique chirurgicale radicale, qu'autorisait la récente découverte de l'antiseptie, et qui consistait à extirper dans leur totalité les processus tuberculeux. Ce fut l'époque des exérèses larges, totales, comprenant l'abcès et son foyer d'origine.

Cette chirurgie trop mutilatrice exposa à de graves mécomptes, surtout lorsqu'elle s'adressa aux grandes localisations osseuses. Ces opérations nécessitaient de grandes incisions, des pertes de substance considérables : elles occasionnaient ainsi un choc opératoire auquel ne résistaient pas toujours les malades ; elles exposaient, par la large voie d'absorption qu'elles créaient, à des inoculations de l'organisme et à la production de foyers secondaires.

Ce mode de traitement fut abandonné pour une méthode plus économique, méthode ne s'attaquant qu'à l'abcès lui-même : elle consiste, en s'entourant de précautions aseptiques rigoureuses, à curetter, à exciser la poche et ses diverticules. Les tissus sont ensuite suturés plan par plan, y compris la peau, de façon à obtenir une réunion par première intention. Mais il s'en faut que la dissection de la membrane limitante puisse se faire complètement.

Il nous reste à dire un mot de la méthode sclérogène de Lannelongue :

1° Injecter une solution de chlorure de zinc au 1/10^e dans la zone la plus voisine des fongosités et des processus tuberculeux, c'est-à-dire dans les parties qui contiennent les vaisseaux alimentant les tissus tuberculeux ;

2° Ponctionner l'abcès et laver la poche avec de l'eau stérilisée ou avec un liquide antiseptique jusqu'à ce que ce liquide revienne clair.

L'action du chlorure de zinc était parfois trop énergique ; les résultats attendus étaient dépassés ; la sclérose des tissus se propageait sur une trop grande étendue ; des escharres dangereuses, quelquefois mortelles, s'ensuivaient.

Nous arrivons ainsi à la dernière période qui est celle du traitement conservateur : la ponction suivie d'injection modificatrice. C'est ce que nous allons étudier maintenant.

Technique de la ponction suivie d'injection modificatrice

1° Manuel opératoire de la ponction.

INSTRUMENTS. — Les instruments qui servent à pratiquer une ponction d'abcès froid doivent pouvoir être bouillis ou stérilisés à l'étuve sèche.

TROCARTS, AIGUILLES. — On peut se servir indifféremment d'un trocart ou d'une aiguille. Le trocart nous paraît préférable : il est plus en main, plus rigide.

CALIBRE. — Il faut rejeter l'emploi de gros trocars qui prédisposent aux fistules. Le meilleur calibre est celui d'un trocart ayant deux millimètres de diamètre.

APPAREIL D'ASPIRATION. — Il devra réaliser une aspiration suffisante et être stérilisable : c'est une condition indispensable pour que la ponction soit et reste une opération aseptique. Il devra être en outre facilement transportable. Une seringue en verre, type Luer, de 10 ou 20 centimètres cubes, satisfait pleinement à ces différentes conditions.

PRÉPARATION DE LA RÉGION. — Il faut s'entourer des soins d'aseptie minutieuse : savonnage de la peau, lavage à l'alcool et à l'éther, badigeonnage à la teinture d'iode.

POINT OU DOIT ÊTRE ENFONCÉ LE TROCART. — A quelle distance de la poche, à trois ou quatre centimètres, en tissu sain, et à la partie haute de celle-ci. Ponctionner sur la poche même, sans établir un trajet intermédiaire entre l'orifice cutané et le point d'entrée dans l'abcès, et le faire à la partie déclive de celui-ci, augmente les chances de fistulisation consécutive.

L'évacuation est alors plus ou moins facile et souvent il est nécessaire de déboucher le trocart que viennent obstruer des fongosités.

2° Les substances modificatrices.

Elles sont extrêmement nombreuses : M. Villemin en a fait dans son rapport de 1907 une énumération vraiment impressionnante.

« De cette longue série de produits chimiques », écrit Calvé, « nous ne devons retenir que l'iodoforme dissous dans divers véhicules, le naphtol camphré, le thymol camphré comme étant ceux le plus communément employés et que l'on pourrait appeler modificateurs classiques ».

Nous ajouterons à ces produits l'eau oxygénée et l'air chaud, ce dernier employé dans le service de M. le Professeur Quenu depuis très peu de temps.

Nous allons passer en revue ces différentes substances et nous donnerons les raisons qui nous font choisir certaines d'elles aux dépens des autres.

NAPHTOL CAMPHRÉ ET THYMOL CAMPHRÉ. — Le naphtol camphré est le liquide préconisé par certains auteurs qui le considèrent comme le liquide spécifique.

Or, il n'est guère possible d'employer cette composition qui a causé six fois la mort et encore ne tenons-nous compte que des résultats officiels publiés.

Nous rapportons ici rapidement résumées quelques observations d'accidents suivis de mort :

1^{er} CAS. (Guinard. Société de chirurgie, 1904).

Homme de 28 ans. Abscess ganglionnaire de la région sus-claviculaire droite du volume d'un œuf de pigeon. Bon état général. Injection de naphthol camphré. Crises épileptiformes, subintrantes. Ouverture et lavage de l'abcès. Crises continuent. Mort deux heures après.

2^e CAS. (Aguinet. Saint-Cloud. Société de chirurgie, 1904).

Femme de 24 ans. Abscess de la fosse iliaque. Injection de naphthol camphré dont on retire une partie par aspiration. Crises épileptiformes se succédant pendant cinq heures malgré le lavage et l'ouverture de l'abcès. Mort.

3^e CAS. (Netter. Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 10 mai, 1895).

Ascite considérable chez une enfant. Injection de naphthol camphré. Crise épileptiforme. Mort.

4^e CAS. (Ménard. Bulletin de la Société de chirurgie, 1893).

Enfant 12 ans. Mal de Pott avec abscess dans la fosse iliaque et à la face postérieure de la cuisse.

Une première injection de naphthol camphré dans l'abcès de la fosse iliaque ne détermine pas d'accidents.

Une deuxième injection dans l'abcès de la face postérieure de la cuisse est suivie de crises épileptiformes. Mort.

5^e CAS. (Estor. In-thèse de Robbaz. Montpellier, décembre 1901).

Coxalgie avec abscess antero-externe. Enfant de 12 ans. Injection de naphthol camphré. Mort.

6^e CAS. (Calvé. Société de chirurgie, 1904).

Abscess froid de la région lombaire. Injection de naphthol camphré. Mort.

Nous pourrions citer encore d'autres cas dans lesquels les injections de naphthol camphré ont été sui-

vies d'accidents graves. Mais à, quoi bon ! Ces six cas de mort à l'actif du naphthol camphré suffisent pour qu'il ne soit pas permis de prendre sa défense.

Les signes d'intoxication sont dans les différents cas les mêmes de façon à peu près constante : il s'agit toujours de crises épileptiformes, de convulsions avec perte de connaissance, avec facies asphyxique et troubles respiratoires.

Le début des accidents est plus ou moins rapide ; le plus souvent, les accidents arrivent immédiatement après l'injection.

Quant aux doses de naphthol, causes d'accidents graves, elles sont des plus variables : Grosjean avait injecté $1/4$ de cm^3 , Forgeue $1/2$ cm^3 , Ménard 1 cm^3 . Dans les autres cas, la quantité de liquide était sensiblement plus élevée, allant jusqu'à 25 centimètres cubes.

On comprend que de pareils accidents aient amené une étude minutieuse du naphthol camphré.

M. Sabouraud rapporta des cas d'accidents survenus par des applications de pommades naphtholées. Willems voit des accidents de néphrite survenir après des frictions à l'alcool naphtholé.

Enfin des expériences ont été faites par MM. Desesquelle et Legendre. (*Bulletin de la Société de thérapeutique* 1898), par MM. Baylac et Gouzy. (*Toulouse* 1899. *Thèse de Gouzy*), par MM. Estor et Robbaz. (*Montpellier* 1901. *Thèse de Robbaz*), qui prouvent par l'intoxication des animaux :

1° Que le naphthol camphré est très toxique même à doses minimales ;

2° Que les vieilles préparations sont plus toxiques que les fraîches ;

3° Que la toxicité varie suivant la voie de pénétration, étant plus marquée quand le naphthol pénètre dans les vaisseaux.

Pour d'autres auteurs, c'est le camphre qui est le seul coupable.

Pour résumer les opinions émises, on peut dire :

1° Le naphthol a un pouvoir toxique propre (Estor, Ménard) ;

2° Le camphre à lui seul produit des accidents semblables à ceux observés cliniquement dans les intoxications par le naphthol camphré ;

3° On peut penser alors que l'action toxique du naphthol s'ajoute à celle du camphre.

Et alors que conclure sinon qu'il est impossible de connaître le vrai coupable ?

En tous cas, en principe, une conclusion logique s'impose : nous devons rejeter, pour les injections topiques, tous les liquides contenant du camphre, du naphthol ou un de ses dérivés.

M. Ménard et ses élèves recommandent le thymol camphré. Jamais ils n'ont eu d'accidents sérieux tant à l'hôpital maritime que dans leur clientèle privée.

M. Ménard a une seule fois constaté un accident toxique par pénétration du liquide dans une veine.

La toxicité de ce médicament a été étudiée par Risacher ; il l'a de plus comparée à celle du naphthol. D'après lui la toxicité du thymol est trois fois moindre que celle du naphthol.

Malgré ces références, nous resterons de l'avis de M. Guinard.

« Pour ma part », écrivait-il, « j'aurais autant d'appréhension à user du thymol camphré ou du salol camphré que du naphthol camphré ».

L'usage du naphthol camphré ou du thymol camphré n'est pas une nécessité ; il est possible que ce soient des topiques excellents, mais ils ne donnent pas de résultats incontestablement supérieurs à ceux de tout autre agent modificateur ; ils ne sont donc pas indispensable à la cure des abcès froids. Les dangers réels que présente leur emploi ne sont pas compensés par leurs vertus curatives.

Les observations publiées par Guinard sont un total suffisant pour bannir complètement de la thérapeutique le naphthol camphré ou son dérivé le thymol camphré.

Iodoforme. — Ce sont les travaux de Verneuil et de Verchère en 1886 qui ont fait connaître les heureuses propriétés de l'iodoforme dans la cure des abcès froids.

Son activité très grande est supérieure à celle des solutions iodées ; il est possible que l'iodoforme agisse par sa transformation en iode à l'état naissant sous l'action oxydante des tissus organiques.

L'iodoforme n'est pas toxique aux doses où il peut être employé dans la cure des abcès froids.

C'est donc à lui que nous donnerons la préférence.

A l'hôpital maritime de Berck, on se sert d'une solution se rapprochant beaucoup d'une formule du professeur Lannelongue et composée comme suit :

Iodoforme	5 grs.
Ether	10 grs.
Gaiacol	2 grs.
Créosote	2 grs.
Huile d'olive stérilisée	100 cmc.

Il nous paraît plus simple d'utiliser l'éther iodoformé ou la glycérine iodoformée à 5 ou 10 pour 100.

Les injections de glycérine iodoformée nous semblent préférables à celles d'éther.

Les vapeurs d'éther, en effet, distendent la poche et peuvent provoquer des accès de suffocation et même des menaces d'asphyxie, quand l'abcès siège au cou. Cette distension brusque procure aux malades des douleurs intolérables, quelquefois même syncopales et peuvent provoquer des sphacèles étendus de la peau avec large ouverture consécutive de la poche.

L'éther n'agit pas du reste d'une façon spéciale sur le tissu tuberculeux; il dissout, il est vrai, en partie l'iodoforme, mais cette dissolution ne nous paraît pas indispensable.

La glycérine ne présente aucun de ces inconvénients; elle est plus facilement maniable; elle se répand avec facilité sur la paroi de la cavité de l'abcès, elle se résorbe en partie sans produire d'embolie, ni d'autres accidents.

Malgré cela, nous suivrons toujours les préceptes de M. le professeur Quenu :

1° N'injecter jamais dans la cavité que la quantité d'un médicament à la résorption de laquelle on souscrit d'avance.

2° Laisser quand il s'agit d'éther iodoformé le trocart en place afin que les vapeurs d'éther puissent sortir librement.

3° N'injecter aucune substance médicamenteuse dans un abcès quand l'écoulement du pus est à la fin suivi d'un écoulement de sang pur.

Nous ne ferons que citer l'eau oxygénée qui semble donner de bons résultats si nous nous en rapportons aux différents essais de M. le Dr Luton de Reims.

L'air chaud à 600° ou 700° employé dans le service de M. le professeur Quenu semble lui aussi donner des résultats favorables : dans les deux cas où nous avons vu employer cette méthode, les ponctions suivies d'injection d'air chaud ont amené d'abord une amélioration sensible, puis la guérison. Mais cette méthode est encore trop nouvelle pour qu'on puisse dès maintenant la juger.

Dans l'année qui vient de s'écouler on a vanté le goménol et les diverses huiles goménolées comme agents modificateurs. Hamel (thèse 1910) a expérimenté l'huile goménolée et déclare la trouver très inférieure aux diverses préparations iodoformées.

ACTION DES LIQUIDES MODIFICATEURS. — Ils provoquent une irritation aseptique : vaso-dilatation active avec diapédèse des globules blancs ; il y a transformation d'un abcès froid en un abcès chaud aseptique.

Echecs de l'évacuation

Ce traitement constitue évidemment le traitement idéal des abcès froids, mais nous avons eu l'occasion de le voir mis en échec dans quelques cas.

C'est qu'en effet le trocart peut pénétrer dans une poche remplie d'un pus épais, semi-solide, formé de caséum et de fongosités qui ne s'écoule pas au dehors.

Il vient naturellement à l'idée d'employer un trocart de calibre supérieur ; l'emploi de ce gros trocart n'est d'ailleurs pas sans danger, car il expose davantage à la formation de fistules. Néanmoins, c'est à lui qu'il faut avoir recours et, d'ordinaire, avec plus ou moins de difficultés, on arrive à évacuer l'abcès. Des fongosités viennent encore le boucher, et à chaque instant il faut employer le mandrin pour arriver à évacuer totalement la collection purulente. L'intervention est donc plus longue, plus difficile et peut-être un peu plus dangereuse.

Néanmoins, il faut encore s'estimer heureux si tout le pus peut être vidé et si l'on ne se trouve pas en présence de cas identiques à ceux que nous avons vus.

L'emploi d'un gros trocart, les ponctions répétées sont restées sans effet.

Que faire dans ces cas ? S'abstenir et laisser évoluer l'abcès, c'est la fistule certaine, l'infection secondaire presque fatale avec toutes ses conséquences.

Classiquement il ne reste donc qu'un seul traitement possible, c'est l'incision large de l'abcès suivie ou non de curage. Mais l'on connaît les inconvénients de ce traitement : c'est la nécessité d'une incision très longue, c'est l'existence d'une vaste plaie suppurante, c'est l'apparition de bourgeons atones dont la vitalité est difficile à réveiller, c'est la nécessité de pansements multiples, c'est enfin la guérison à une date qu'il est impossible de déterminer, en tout cas à une date toujours éloignée, si toutefois encore cette guérison arrive.

C'est alors qu'il nous paraît légitime de suivre la technique qu'a préconisée M. le professeur **Quenu**.

Technique de M. le professeur Quenu

On fera un nettoyage de la peau avec une compresse et du savon ; on ne doit pas employer la brosse, car la peau est malade : il ne faut pas la traumatiser ; un pansement antiseptique recouvrira la région malade jusqu'au moment de l'intervention.

Le jour de l'opération, la peau sera nettoyée à l'éther, puis rendue aseptique par une application de teinture d'iode (La teinture d'iode du nouveau Codex étant au 1/10^e, titre un peu fort, il est indiqué de l'étendre d'alcool pour la ramener au taux de l'ancienne).

Ceci fait, on limite le champ opératoire par des compresses ou par un champ stérilisé percé en son milieu d'un orifice bordé : le champ opératoire est ainsi nettement limité et on évite plus facilement les causes d'infection. On placera un autre champ stérilisé sur le récipient destiné à recevoir le pus de façon à protéger la peau de tout contact septique. Un aide alors pulvérise du chlorure d'éthyle sur le point où il faut ouvrir ou on emploie la cocaïne en injections traçantes.

Dès que l'anesthésie est obtenue, on incise plan par plan, la peau d'abord, la membrane de la poche ensuite.

Cette incision faite au point culminant sera aussi courte que possible et cependant assez longue pour permettre aux grumeaux les plus volumineux de passer.

On introduit dans l'incision une pince de Kocher dont on écarte les deux mors ; on élargit ainsi pour un moment l'ouverture faite à l'abcès ; on vide bien la poche en exprimant légèrement ; cette manœuvre doit être faite avec une très grande douceur, de façon à ne pas traumatiser la membrane.

Si les grumeaux trop gros, comme dans une de nos observations, ne veulent pas sortir, il faut les extraire avec une pince.

L'abcès étant bien vidé, on lave la poche (soit directement par l'incision, soit par une aiguille fine enfoncée à distance), avec de l'eau oxygénée, avec l'éther ou la glycérine iodoformée.

On suture alors la plaie avec des crins de Florence ou de la soie plate : il faut affronter très minutieusement les deux lèvres de la plaie et mettre ainsi toutes les chances de notre côté pour avoir une réunion par première intention.

On enlève alors l'excès d'iode par un lavage à l'alcool, puis on recouvre d'un pansement aseptique.

On enlève les fils, comme à la suite de toute opération, au bout de huit jours, la cicatrisation de la plaie étant obtenue en ce temps.

L'abcès pourrait peut-être guérir après cette intervention comme cela arrive quelquefois après une seule ponction. Nous n'en avons pas de cas.

Le liquide se reforme dans la poche, et au bout d'un

laps de temps variable, une nouvelle évacuation est nécessaire. Pour cette évacuation, on emploie alors un trocart fin, car le pus est modifié quantitativement et surtout qualitativement.

Moins franchement purulent, plus sérieux, ne contenant plus de grumeaux venant obstruer le trocart, il s'écoule très facilement.

On est obligé de répéter ces ponctions suivies d'injections modificatrices jusqu'à guérison complète, guérison qui s'annonce par l'issue d'un liquide filant et par une sensation de résistance plus nette au moment où la pointe du trocart pénètre dans les parois de l'abcès, sensation due à l'organisation fibreuse de celles-ci.

Le traitement redevient donc le traitement ordinaire : la ponction évacuatrice suivie d'injection de liquide modificateur.

Discussion de ce traitement

Il est bien entendu que le traitement que nous préconisons n'est, en somme, qu'un traitement d'exception.

Dans la majorité des cas, nous resterons, avec les auteurs, fidèle à la simple ponction suivie d'injection modificatrice.

Aussi répétons-nous que ce traitement possède des indications formelles : c'est dans le cas où les simples ponctions sont restées blanches qu'il sera légitime de pratiquer l'incision suivie de suture immédiate. Ce traitement nous paraît légitime d'abord parce que la simple expectative conduit fatalement à la fistule, terminaison qu'il faut reculer aussi loin que possible.

Il présente en outre un avantage sur lequel il nous faut insister : c'est l'évacuation totale du pus et de toutes les fongosités, source toujours possible de réinfection tuberculeuse.

Mais il est deux objections que l'on ne manquera pas de nous faire : c'est, d'une part, l'infection secondaire toujours grave dans ces cas. Nous avons assez insisté sur la nécessité d'une asepsie rigoureuse ; aussi n'aurons-nous à répondre que l'infection secondaire ne sera pas plus à redouter qu'au cours de toute autre intervention. Cette crainte n'empêche pas la laparotomie : elle ne peut donc nous empêcher d'employer la technique du professeur Quenu.

On peut nous objecter, d'autre part, que la fistule est bien à craindre après une pareille incision. Il ne semble pas, d'après les cas que nous avons vus, qu'elle soit plus fréquente qu'à la suite de tout autre traitement.

C'est l'avenir seul qui pourra régler cette question.

Nous ferons toutefois une remarque intéressante : dans l'une de nos observations où la fistule est parue trente jours après l'intervention, la guérison a été obtenue plus rapidement qu'elle ne l'aurait été dans une fistule produite spontanément.

●

RÉSULTATS

Il est difficile à l'heure actuelle, avec le peu de documents dont nous disposons, de donner des conclusions fermes au sujet des résultats que pourra donner la pratique de l'incision des abcès froids suivie de suture.

Nous allons voir les résultats obtenus dans les différents cas opérés jusqu'ici.

1^o Cas d'abcès d'origine osseuse.

OBSERVATION I (inédite)

(QUENU)

X....., étudiant, 24 ans.

Antécédents. — Rien à signaler dans les antécédents héréditaires ; dans les antécédents personnels, zona intercostal à l'âge de 17 ans.

Histoire de la maladie. — Depuis l'âge de 10 ans, le malade ressent des douleurs au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite, douleurs se manifestant surtout après de longues marches et occasionnant une boiterie qui persiste pendant plusieurs jours.

Latence de l'affection pendant parfois plusieurs mois consécutifs, puis nouvelles poussées.

Les douleurs au niveau de la hanche disparaissent parfois totalement ne laissant subsister que des douleurs très marquées au niveau du genou.

Le malade fait un an de service militaire avec les mêmes alternatives de latence et de poussées aiguës.

En septembre 1908, il s'aperçoit du développement d'une grosseur au niveau de la face externe de la cuisse droite au-dessous du grand trochanter. Le volume de cette grosseur augmente ; elle prend les allures d'un abcès.

Au début de novembre 1909, il va trouver le docteur Mathieu qui l'adresse au professeur Quenu.

Examen du malade. — On constate à l'inspection de la cuisse droite une grosseur du volume d'une mandarine siégeant à deux travers de doigt au-dessous du grand trochanter.

A la palpation on perçoit très nettement de la fluctuation.

Les mouvements de l'articulation coxo-fémorale sont intacts, ne sont limités en aucune façon.

Légère atrophie de la cuisse droite. Hypotonie du muscle fessier. Abaissement du pli fessier droit.

On provoque une douleur assez vive par la pression sur la face externe du grand trochanter ; la pression au niveau de la tête fémorale n'est pas douloureuse.

La douleur fait également défaut dans les mouvements de l'articulation.

Les ganglions inguinaux sont augmentés de volume. On porte le diagnostic d'abcès froid consécutif à une trochanterite.

L'état général est assez bon, un peu d'amaigrissement.

Traitement. — Le professeur Quenu pratique deux ponctions évacuatrices de l'abcès, mais il ne retire d'abord qu'un liquide huileux avec quelques fongosités, puis un pus verdâtre, mal lié. Injections à la suite de ces ponctions de glycérine iodoformée dans la cavité.

Une dizaine de jours après, nouvelles ponctions évacuatrices. mais l'abcès se vide mal, des fongosités obstruent la lumière de l'aiguille malgré le calibre employé.

On pratique alors à la partie haute de l'abcès une incision de un centimètre de hauteur environ après anesthésie locale à la cocaïne.

Extraction de volumineuses fongosités du volume et de la grandeur du petit doigt.

On pratique un lavage de la cavité à l'eau oxygénée puis on met deux points de suture. Pansements.

La cicatrisation se fait par première intention en 8 à 10 jours. Les choses se maintiennent en cet état pendant une vingtaine de

jours pendant lesquels on pratique chaque semaine une injection modificatrice précédée de ponction évacuatrice en se tenant au-dessous de l'incision et en variant les points de ponction.

Dans la dernière quinzaine de décembre, l'abcès se fistulise au niveau de la cicatrice opératoire.

Le malade s'injecte journellement dans le trajet quelques gouttes d'éther iodoformé et continue les pansements. Il se produit même plusieurs suintements au niveau des orifices des ponctions.

La suppuration se tarit fin janvier. La fistule s'oblitére.

Le malade a maigri et a présenté quelques poussées fébriles.

Au milieu du mois de mars 1909 il se rend à Berck où il passe cinq mois qui contribuent à remonter son état général. On y pratique la radiographie de la hanche qui montre l'articulation coxo-fémorale indemne, mais des lésions au niveau de la face externe du grand trochanter qui est légèrement érodé.

Actuellement, l'état général est bon, les mouvements de la hanche sont toujours intacts. Les douleurs ont disparu. A la face externe de la cuisse persiste une cicatrice arrondie, violacée, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, adhérente à la profondeur, ayant en un mot tous les caractères des cicatrices consécutives aux suppurations tuberculeuses.

La guérison est donc obtenue en deux mois ; c'est, en somme, un bon résultat.

OBSERVATION II (inédite)

(QUENU)

Marie M:...., 7 ans.

Vient à la fondation Isaac Pereire à Levallois en février 1909.

Mal de Poot lombaire datant de trois ans.

A été soignée à Bretonneau.

Quand la malade vient consulter, on constate un abcès froid faisant saillie au-dessous du triangle de Scarpa.

On ne trouve pas de collection dans l'abdomen ; on ne peut faire refluer le pus de la cuisse dans l'abdomen.

7 février. — M. Quenu tente une ponction. Il ne sort presque rien comme liquide.

10 février. — Nouvelle tentative de ponction, ponction blanche.

17 février. — Une intervention est décidée. On donne le chloroforme. Incision de cinq centimètres environ. Ouverture de la poche. Evacuation de nombreux grumeaux. Très peu de pus liquide. Points de suture après détersion à l'huile iodoformée.

20 février. — Il s'est reformé du liquide ; on fait une ponction, en dehors de la cicatrice : il s'écoule un liquide presque clair, puis après évacuation on fait une injection d'huile iodoformée.

23 février. — On enlève les fils. Réunion par première intention. Il y a un peu de liquide.

2 mars. — Le liquide est en plus grande quantité. On pratique une nouvelle ponction suivie d'une injection d'huile iodoformée.

L'enfant est revue en octobre 1909 complètement guérie. La suture est parfaite.

11 mai 1910. — L'enfant revient. On constate une toute petite collection au niveau de la cicatrice. Cette collection est tout à fait superficielle. On fait une ponction qui donne issue à moins de un centimètre cube de pus.

22 mai 1910. — La malade revient. Au niveau de la petite collection existe une ulcération superficielle de la grandeur d'une pièce de un franc.

Ces deux observations que nous avons pu recueillir nous paraissent comporter un enseignement fort intéressant.

Il s'agissait, dans les deux cas, d'abcès ossifluent.

Dans les deux cas la ponction a été inefficace. Après plusieurs tentatives de ponction, M. Quenu s'est vu dans l'obligation d'inciser la poche pour l'évacuer.

Or le résultat a été excellent puisque la fistulisation permanente que l'on pouvait redouter ne s'est pas produite.

Il nous paraît que les malades ont été redevables de ce résultat à la technique suivie :

1° Incision avec toutes les conditions d'asepsie — peu étendue — évacuation complète de l'abcès.

2° Suture immédiate, hermétique.

3° Ponctions évacuatrices ultérieures, suivies d'injections modificatrices.

2° Cas d'abcès d'origine ganglionnaire.

OBSERVATION III

(recueillie à la consultation de chirurgie de Cochin)

Madame X*** 30 ans.

Se présente à la consultation de l'hôpital Cochin avec un abcès froid siégeant à droite dans le creux sus-claviculaire, grosseur d'une noix.

La ponction donne très peu de liquide.

Incision au bistouri sur un centimètre de long.

Evacuation de grumeaux volumineux.

Injection de glycérine iodoformée.

Suture. Réunion par première intention.

Ablation des fils huit jours après.

Le liquide se reforme et 10 jours après l'évacuation, on est obligé de faire une ponction qui donne issue à un liquide séreux et rougeâtre.

Injection de glycérine iodoformée.

Huit jours après, nouvelle ponction : liquide séreux clair, pas d'injection.

La malade revient au bout d'une semaine : l'abcès est guéri, une légère induration subsiste cependant.

OBSERVATION IV

(recueillie à la consultation de chirurgie de Cochin)

Félicien B... 36 ans.

Se présente à l'hôpital Cochin avec un abcès froid siégeant sur la face latérale gauche du cou, limité en avant à la gaine du sterno-cleido-mastoïdien à laquelle il semble adhérer. Taille d'une mandarine.

15 février. — Ponction blanche.

16 février. — Incision, évacuation, glycérine iodoformée, suture.

24 février. — Ablation des fils. Réunion par première intention.

26 février. — Nouvelle ponction. Liquide séreux. Injection de glycérine iodoformée.

9 mars. — Nouvelle ponction, suivie d'injection de glycérine iodoformée.

15 mars. — Ponction non suivie d'injection.

Le malade revu huit jours après est guéri.

Pour ces cas d'abcès d'origine ganglionnaire, on suit la même technique que pour les abcès ossifluents.

Dans ces cas aussi, les résultats ont été excellents : guérison très rapide, pas de fistulisation.

Cette technique semble donc infiniment supérieure à l'incision large suivie de drainage qui expose à la fistulisation permanente, à l'infection secondaire. C'est du moins l'impression que nous retirons de ce que nous avons vu faire.

Nous avons recherché dans la littérature étrangère s'il avait déjà été question d'opération de ce genre. Nous n'avons trouvé qu'un article de M. Kelloch (*Clinical Journal*, 30 mai 1906) sur la conduite à tenir dans les abcès froids d'origine vertébrale.

D'une façon générale et quelle que soit la région où se trouve l'abcès, la technique la meilleure semble être la suivante :

Ne pas toucher au foyer de carie lui-même, mais s'attaquer à l'abcès dont les parois tuberculisées secondairement donnent seuls la quantité énorme de pus qui constitue l'abcès.

S'assurer aussi, avant d'opérer, de la santé générale du sujet et la remonter s'il y a lieu.

On devra ensuite inciser l'abcès non là où il pointe, mais là où la peau bien saine reprendra facilement. On curettera prudemment la cavité tout entière dont les parois seront ensuite lavées avec un antiseptique faible et séchées; puis on refermera.

L'auteur rejette le drainage, qui arrive fatalement à infecter; on doit préférer, d'après lui, une ponction aspiratrice faite avec une fine aiguille quelques jours après. Il rejette également la compression parce qu'elle s'exerce en même temps sur des organes importants au voisinage des abcès.

On doit ordinairement répéter cette petite opération trois ou quatre fois; chaque fois la cavité a diminué jusqu'à être très petite et à s'occlure à la dernière intervention.

Qu'il nous soit permis de faire deux réserves : la première est que l'auteur semble donner ce traitement comme le traitement habituel quand il ne doit être qu'un traitement d'exception.

La seconde est que le curettage de la poche semble être beaucoup plus dangereux et donner des résultats beaucoup moins bons que l'injection modificatrice.

CONCLUSIONS

1° Le traitement de choix des abcès froids tuberculeux consiste dans l'évacuation aussi complète que possible de leur contenu par la ponction suivie d'injections modificatrices ;

2° L'évacuation des abcès froids peut présenter des difficultés, en particulier par suite de l'existence de grumeaux caséeux ou fibrineux obstruant les trocars employés pour la ponction ;

3° Dans les cas où l'évacuation complète par l'aiguille ou le trocart est reconnue impossible, il est indiqué d'inciser l'abcès ;

4° Cette incision sera pratiquée avec toutes les précautions aseptiques d'usage ; elle sera suivie d'une suture hermétique après évacuation de l'abcès ;

5° Après cette opération, l'abcès froid devra être traité par les ponctions à l'aiguille fine suivies d'injections modificatrices ;

6° Ce traitement local ne sera que l'adjuvant du traitement général : immobilisation stricte, sévère, et hygiène meilleure.

Vu : le Président de la thèse,

QUENU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Vice-Recteur :
L'Inspecteur de l'Académie,

ISTRIA.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUBY. — Traitement des tuberculoses chirurgicales par l'eau bouillante (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1894, p. 541).
- CALOT. — Congrès de chirurgie, 1893, 1898, 1901.
- CALVÉ. — Traitement des abcès froids d'origine osseuse par la méthode conservatrice (*Archives générales de Médecine*, janvier 1910).
- COYON, PIESSENGER et J. LAURENT. — *Journal des Praticiens*, n° 40, 30 décembre 1909.
- DEPAGE et GALET. — Généralisation tuberculeuse après l'intervention chirurgicale sur les foyers tuberculeux.
- GUINARD. — Intoxication par le naphthol camphré (*Société de Chirurgie*, mai 1904).
- HAMEL. — Traitement de la tuberculose ganglionnaire cervicale (Thèse, Paris, 1910).
- JUDET. — Traitement des adénites cervicales tuberculeuses (*Progrès Médical*, 6 mars 1909).
- JEANNEL. — Des accidents de la méthode sclérogène (*Archives provinciales de Chirurgie*, 1894, p. 189).
- Traitement de la tuberculose par l'ébouillantage (*Semaine Médicale*, 1893, p. 227. *Id.*, 1894, p. 452).
- KELLOCH. — Les abcès froids d'origine vertébrale. Conduite à tenir (*The Clinical Journal*, mai 1906).
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie.
- LANNELONGUE. — La méthode sclérogène (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1891).
- MAUCLAIRE. — Traitement des abcès tuberculeux (*Journal de Médecine de Paris*, 10 septembre 1905).

- MAUCLAIRE. — Les abcès froids tuberculeux ; injections modificatrices en position déclive (*Médecine moderne*, n° 25, 21 juin 1905).
- Ch. MESTRE. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé (Thèse, Paris, 1906).
- MOLLIÈRES. — Des abcès froids (*Lyon Médical*, 24 août 1890).
- PRAVAZ. — Glycérine iodoformée (Thèse de Lyon, 1903).
- QUENU. — Stérilisation préopératoire par l'air chaud des organes creux à contenu septique (*Société de Chirurgie*, 1909, 27 janvier).
- ROLIER DE BATE. — Cinq cas de tuberculose externe traités par le gomenol et l'huile gomenolée (*Gazette des Hôpitaux*, 1909, n° 140).
- RISACHER. — Contribution à l'étude du thymol camphré (Thèse de Paris, 1907).
- ROBIN A. — Traitement médical de l'adénite tuberculeuse (*Bulletin Médical*, 1907, p. 581).
- REDARD. — Congrès de la tuberculose, 2^e série, 1891
- STRAUS. — Tuberculose et infection secondaire (*Semaine Médicale*, 30 mai 1891).
- VERCHÈRE. — Traitement des abcès froids par les injections d'éther iodoformé (*Revue de Chirurgie*, 1886).
- VERNEUIL. — Des injections d'éther iodoformée (Congrès français de chirurgie, mai 1885).
- VILLEMIN. — Traitement chirurgical des adénopathies tuberculeuses (*Bulletin de la Société d'Études scientifiques sur la tuberculose*, 1907, n° 7).
-